

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Козловский И. В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет*

Введение. И.К. Шхвацабая отмечал, что при ГБ в желудочно-кишечном тракте изредка встречаются типичные поражения сосудов во всех фазах развития болезни. Признаки малабсорбции и электролитных расстройств наблюдали при мезентеральной ишемии. Энтеральная недостаточность возникает при значительных нарушениях энтерального кровотока. В последнее время обращают

внимание на синдром Х при болях за грудиной, но не ясен патогенез его. Подобные болевые ощущения могут быть связанными с функциональными заболеваниями системы пищеварения, или одним из факторов генерализованного ангиоспастического синдрома при гипертонической болезни (ГБ).

Цель. Определить возможности диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта у больных ГБ, наметить оптимальные пути лечения и профилактики рецидивов таких процессов.

Материалы и методы. Исследовано 110 больных (I группа 12 человек с АГ I степени, II – 38 человек с АГ 2-й степени, III – 30 человек с АГ 3-й степени, IV – 30 человек с ГБ 2-3-й степени и осложнениями – нарушением ритма сердца, недостаточностью кровообращения). Мужчин было 56, женщин – 54. Возраст – от 44 до 88 лет. Больные находились в стационаре и подвергнуты тщательному клиническому исследованию. Выполнялись рентгеноскопические, эндоскопические, ультразвуковые исследования, в случае необходимости – биопсия ткани и гистологическое исследование, исследование секреторной функции желудка, зондовое исследование желчного пузыря. Использован эпидемиологический метод анализа.

Результаты и обсуждение. Средний возраст был у больных I группы $41 \pm 2,2$ года, II группы – $49,5 \pm 1,3$ года, III группы – $56 \pm 2,6$ лет и IV группы – $57,6 \pm 2,9$ лет. Средние показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД в группах были следующие: I группа – $155 \pm 3,1$ и $84 \pm 2,9$ мм рт.ст. II группа – $163 \pm 2,1$ и $83 \pm 2,8$, III группа – $165 \pm 3,6$ и $105 \pm 2,2$, IV группа – $160 \pm 2,4$ и $88 \pm 2,2$ мм рт.ст.

Систематически употребляющих алкоголь было 13 мужчин (11,82 %) и 3 женщины (2,77 %). Они отнесены к IV группе. Масса тела была увеличена умеренно (индекс Кетле 30-40) у 23 человек из 110 (20,9 %), значительно – у 15 (13,6 %, индекс Кетле – 41-50). Больные жаловались наиболее часто на слабость, общее недомогание, некоторые – на нарушение ритма сердца. 84 человека жаловались на боли в области сердца и головные боли. Боли в животе предъявляли 33 человека. Заслуживает анализа информация о болях в животе, снижении аппетита, запорах, поносах, признаках желудочно-кишечного кровотечения, об указании на рвоты.

У 5 (4,5 %) больных имела место сердечная патология с радиацией боли в эпигастриальной области, которые проходили после приема нитроглицерина. Выявлялись признаки ишемии в III, aVR, aVF отведениях. Чаше боли в животе связывались с метеоризмом и запорами. Диагностика сочетанных поражений сердца и сосудов, обеспечивающих кровообращение в органах пищеварения, представляет большую трудность. Выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки у 3 больных и желудка – у 3 (5,45 %). У 3 человек отмечено скрытое желудочно-кишечное кровотечение (диагноз уточнен эндоскопическим методом). Типичная картина язвенной болезни 12-перстной кишки была выявлена у 1 больного I группы. У 2 больных III группы и одного больного IV группы, имели место упорные боли в эпигастриальной области, не связанные с приемом пищи. Появление темного стула и анемического синдрома заставили врачей выполнить эндоскопическое исследование желудка. Язвенная болезнь привратника при наличии АГ не всегда протекает типично. Желудочное кровотечение приводит к низкому АД.

Гастриты выявлялись у больных ГБ чаще. У наших больных они выявлены у 33 человек (27,3 %), в т.ч.: у 15 больных IV группы. Среди них были 3 больных

с фундальным гастритом и мегалобластозом 4 больным выполнено исследование зондом секреции желудка, отмечено снижение кислотообразования. У больных гастритами выявлялись признаки деструкции слизистой оболочки, эрозии, отек. Гастроскопическая диагностика выполнена 14 больным II-III групп.

Печень была увеличена у 4 больных (3,6%), признаки асцита – у 1 больного. Плотная печень свидетельствовала о сердечной недостаточности и цирротических изменениях (застойный цирроз).

Боли в животе при наличии вздутия кишечника и тенденции к запорам у больных старше 60 лет заставляют искать выраженный атеросклероз аорты и мезентериальных сосудов. Есть указания, что в таких случаях имеет место нарушение протока крови по мезентериальных артериях. Вероятность таких изменений увеличивается у лиц старше 70 лет. Синдромом абдоминальной васкулопатии, связанной с атеросклерозом, страдают люди более молодые. Попытки диагностировать такие изменения в сосудах брыжейки ультразвуковым методом не вполне надежны из-за помех при вздутом кишечнике и большими возможностями коллатерального кровообращения. В практике наших хирургов имел место случай резекции желудка при незаживающей язве этого органа, но операция вызвала выключение коллатерального кровообращения через сосуды желудка при закупорке верхней мезентериальной артерии. Большой погиб от некроза тонкого кишечника. Коллизии в случае обтурации нижней мезентериальной артерии приводят к язвенному колиту и гибели людей вследствие острого язвенного кишечного кровотечения. Катастрофа случается в возрасте 50 лет. При язвенном колите могут быть поносы и кишечное кровотечение. Диагностика язвенных поражений толстого кишечника при тяжелом заболевании сердца основывается на клинических данных. Ректоскопия переносится почти всеми больными, колоноскопия осложняется аритмией или нарастанием сердечной недостаточности. Клинический и рентгенографический метод исследования применяется в этом случае наиболее часто.

При заболеваниях сердца, особенно при недостаточности кровообращения и нарушении портального кровотока выявляют признаки варикоза ректальных вен (геморрой), ректальное кровотечение и тромбоз флебита. Возникают трудности дифференциальной диагностики этого заболевания с парапроктитом и опухолями прямой кишки. Частота находок: 2 случая парапроктита, 3 – варикоза вен прямой кишки и 1 случай тромбоза флебита (5,5 %). Болели люди III-IV групп.

С-реактивный белок в сыворотке крови обнаружен у 35 больных в начале лечения (31,8 %) и у 8 в конце лечения (7,3 %). С-реактивный белок был у 18 больных с признаками гастрита, 3 больных с признаками гастродуоденальной язвы и 14 больных ГБ III-IV групп.

Больные получали препараты АПФ группы – эпросартан, эналаприл по 10 мг 1-2 раза в сутки (73 человека), β -блокаторы в основном атенолол 50-100 мг/сут (68), блокаторы Са-каналов – нифедипин по 10 мг 2-3 раза в сутки (42), диуретики (32 человека) – диурвер по 5-10 мг/сут. При язвенной болезни назначались пирензепин, фамотидин или омепразол, ранитидин. При гастрите использовалось диетическое лечение. Применялись фосфалгель, фестал, реже – рокситромицин, парафинолечение (аппликации на живот).

В конце лечения субъективное состояние больных улучшилось. При повторной гастродуоденоскопии констатировано заживление ниши у 5 из 6 больных. АД снизилось у больных I-II группы до нормы (соответственно:

122±4,0/72±3,1 и 131±3,3/78±3,0 мм рт. ст.) и понизилось существенно у больных III-IV групп (145±3,7/81±3,1 и 155±3,0/ 80±3,3 мм). Замечено некоторое улучшение белкового обмена и показателей содержания билирубина в крови.

По нашим данным частота находок язвенной болезни при ГБ составляет 5,45 %, но гастрит встречается в 6 раз чаще. Другие параметры не имеют четких данных для сравнения.

Выводы.

1. У больных ГБ возникают заболевания органов пищеварения, чаще заболевания желудка, которые можно связать с ишемией, реже – с недостаточностью кровообращения. Некоторые из них существенно отражаются на течении болезни.

2. Основу лечения составляют гипотензивные средства, но дополнительно применяются препараты (и методы) в зависимости от течения заболевания органов пищеварения.